

Effect of Planned Visit on Dysrhythmia in Cardiac Care Unit Patients

Marziyeh Najafvandzadeh¹,
Elham Davari Dolatabadi²,
Masomeh Salehi Kambo¹

¹ Lecturer, Department of Nursing, Shushtar Faculty of Medical Sciences, Jondishapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

² Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Isfahan(khorasgan) Branch, Iran

(Received April 4, 2015 ; Accepted June 2, 2015)

Abstract

Background and purpose: Different types of dysrhythmia occur with different degrees after heart attack. Involved patients need specific care and should be admitted in coronary care unit (CCU). Visit is one of the basic needs of patients and their families during admission period but visits are limited in CCU. This research evaluated the effect of planned visits on occurrence of heart dysrhythmias in patients on CCU.

Materials and methods: In a quasi-experimental study, 60 patients with acute myocardial infarction (in Hamedan, Iran) were selected through convenience sampling in 2011. They were randomly assigned to either case group or control group. The case group was asked to name family members and significant others who they were more comfortable with and were interested in their visits. Individuals in the list were provided with appropriate training on visiting etiquette. In control group visits were done without any special training. Data was collected through a questionnaire and cardiac monitoring. Dysrhythmias were recorded in a check list before, during and after visits. Data was then analyzed in SPSS V.18.

Results: No significant difference was found in occurrence of sinus tachycardia, premature atrial contractions and premature ventricular contractions before, during and after the visits ($P>0.05$). But significant differences were seen in the incidence of dysrhythmias in control group before, during and after the visits ($P<0.05$).

Conclusion: Planned visits positively influenced the occurrence of dysrhythmias and reduced the incidence of some types of dysrhythmia such as tachycardia, premature atrial contractions and premature ventricular contraction.

Keywords: Visit, cardiac dysrhythmia, heart attack, CCU

بررسی تاثیر ملاقات برنامه ریزی شده بر دیس ریتمی های قلبی بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه قلبی

مرضیه نجف وندزاده^۱
الهام داوری دولت آبادی^۲
معصومه صالحی کمبو^۱

چکیده

سابقه و هدف: به دنبال سکتة قلبی دیس ریتمی های گوناگونی با درجات مختلف بروز می کند. در مرحله حاد بیماری نیاز به بستری در بخش های مراقبت ویژه وجود دارد ولی در این بخش ها ملاقات به شدت محدود است در حالی که ملاقات یکی از نیازهای اساسی بیماران و خانواده های آنان در مدت زمان بستری است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر ملاقات برنامه ریزی شده بر دیس ریتمی های قلبی در بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی انجام شده است.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی بوده که در سال ۱۳۹۰ در همدان انجام شد و در آن ۶۰ بیمار مبتلا به سکتة قلبی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به ۲ گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. در گروه آزمون از بیماران درخواست شد که نام کسانی که با آنها احساس راحتی بیشتری دارند و تمایل به حضور آنان در زمان ملاقات دارند را بیان کنند و ملاقات کنندگان در مورد رعایت آداب صحیح ملاقات آموزش دیدند. در گروه کنترل ملاقات روتین انجام شد. به منظور گردآوری داده ها از پرسش نامه و مانیتورینگ استفاده گردید. چک لیست های مربوط به دیس ریتمی های قلبی قبل، حین و بعد از ملاقات پر شد.

یافته ها: تاکی کاردی سینوسی، انقباض زودرس دهلیزی و انقباض زودرس بطنی قبل، حین و بعد از ملاقات برنامه ریزی شده در گروه آزمون از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشتند ($p > 0.05$) ولی در گروه کنترل این دیس ریتمی ها قبل، حین و بعد از ملاقات اختلاف معنی داری داشتند ($p < 0.05$).

استنتاج: ملاقات برنامه ریزی شده بر بعضی از دیس ریتمی های قلبی از جمله تاکی کاردی سینوسی، انقباض زودرس دهلیزی و انقباض زودرس بطنی موثر بوده است و باعث کاهش این دیس ریتمی ها شده است.

واژه های کلیدی: ملاقات، دیس ریتمی قلبی، سکتة قلبی، بخش مراقبت ویژه قلبی

مقدمه

این رو بیماری قلبی و عروقی را اپیدمی قرن می نامند (۱). تا سال ۲۰۲۰ بیماری های عروق کرونر و سکتة مغزی، اولین علت مرگ و ناتوانی در سرتاسر جهان خواهند بود (۲). در ایران نیز اولین عامل مرگ و میر با تعداد

بیماری های قلبی و عروقی سردسته علل مرگ و میر در بیش تر کشورهای صنعتی از جمله ایالات متحده است که منجر به آسیب و ناتوانی قابل توجهی می شود و در راس علل هزینه ساز مراقبت های بهداشتی قرار دارد. از

E-mail: Marzi.najafi@yahoo.com

مؤلف مسئول: مرضیه نجف وندزاده - شوشتر: دانشکده علوم پزشکی شوشتر

۱. مریی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، دانشگاه جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

۲. مریی، گروه داخلی - جراحی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۳/۱۲

پزشکان و پرستاران ملاقات را در این بخش تنش‌زا می‌دانند و معتقدند که درد قلبی، دیس‌ریتمی و افزایش فشارخون در بیماران بستری در اثر ملاقات افزایش می‌یابد. با توجه به مطالب ذکر شده، مشکل مذکور عملاً در بخش‌های مراقبت ویژه قلب (Cardiac Care Unites) وجود دارد. لذا هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر دیس‌ریتمی‌های قلبی در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بوده است.

مواد و روش‌ها

در مطالعه تجربی حاضر جامعه پژوهش را بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلب بیمارستان اکباتان شهر همدان در سال ۱۳۹۰ و نمونه مورد مطالعه را ۶۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی حاد بستری در آن مرکز تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشت حداقل ۱۲ ساعت از زمان بستری شدنشان در بخش، تشخیص سکته قلبی حاد، عدم استفاده از دستگاه ضربان ساز مصنوعی، عدم اعتیاد به مواد مخدر، هوشیار و آگاه به زمان و مکان و شخص بودن بود.

تعداد نمونه با احتساب $\alpha=5\%$ و توان ۹۰ درصد بر اساس فرمول حجم نمونه، ۶۰ نفر محاسبه شد. بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) قرار گرفتند. پژوهش گر جهت انتخاب نمونه‌های مورد بررسی در سال ۱۳۹۰ به مدت چهار ماه تا کامل شدن تعداد نمونه‌ها به بخش مراقبت ویژه قلب مراجعه نمود. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه، چک لیست و مانی‌تورینگ قلبی استفاده گردید. پرسش‌نامه شامل سوالاتی در مورد خصوصیات دموگرافیک و چک لیست ثبت دیس‌ریتمی‌های قلبی بود. جهت تعیین اعتبار پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. اعتبار دستگاه مانی‌تورینگ قلبی با استناد به دفترچه راهنمای کارخانه سازنده و استفاده از ابزار استاندارد و مارک معتبر و کالیبره کردن تایید شد. جهت پایایی دیس

تقریبی ۱۵۰،۰۰۰ نفر در سال مربوط به بیماری‌های قلبی-عروقی است که در مجموع ۴۰ تا ۴۵ درصد مرگ و میرها را به خود اختصاص می‌دهد (۳). به دنبال سکته قلبی دیس‌ریتمی‌های گوناگونی از جمله ضربانات زودرس بطنی، برادی کاردی یا تاکی کاردی و بلوک‌های قلبی با درجات مختلف گزارش می‌شود (۴). این بیماران در مرحله حاد بیماری نیاز به مراقبت‌های ویژه و بستری در بخش مراقبت ویژه دارند (۵) ولی به دلیل ساختار و فلسفه این بخش‌ها ملاقات در آن‌ها به شدت محدود است (۶). در صورتی که ملاقات یکی از نیازهای اساسی بیماران و خانواده‌ها در مدت زمان بستری است و بیماران حضور خانواده را در کاهش اضطراب موثر می‌دانند و پس از ملاقات احساس بهتری دارند (۷) و پرستاران به عنوان یکی از اعضای درمانگران حرفه سلامت باید از نیاز بیماران به ملاقات و تأثیرات مثبت و منفی ملاقات بر آن‌ها آگاهی داشته باشند (۸). ولی هم‌چنان مسئله ملاقات امر مهم و قابل بحث در این بخش‌ها می‌باشد.

در حال حاضر تقریباً در اکثر بیمارستان‌های ایران این محدودیت‌ها اعمال می‌شود که از جمله علل آن وجود این باور در بین پرستاران است که اعضای خانواده بر خطر عفونت می‌افزایند، موجب وقفه در استراحت بیمار و تغییرات فیزیولوژیکی مانند تاکی کاردی، دیس‌ریتمی، هیپرتانسیون و اضطراب در بین بیماران می‌شوند (۹). ولی نظر سنجی که از بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه توسط Gonzalez و همکاران صورت گرفت، نشان داد که اکثر بیماران به این موضوع معتقدند که ملاقات نه تنها باعث تنش نمی‌شود بلکه باعث ایجاد راحتی و آرامش در آن‌ها می‌گردد و این عقیده را داشتند که ملاقات باید طبق نیاز بیمار و خانواده‌اش باشد و در مواقع لزوم، ساعات ملاقات تغییر کند (۸). در حال حاضر تعداد مطالعات در مورد تأثیرات حضور ملاقات‌کنندگان بر وضعیت بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه کم می‌باشد (۱۰) و اغلب

ریتمی‌های قلبی، برای تمام بیماران از یک نوع دستگاه با مارک یکسان (صا ایران مدل C110 ساخت کشور ایران در سال ۱۳۸۸) استفاده گردید. دستگاه مانیتورینگ قلبی سالانه کالیبره می‌شود و گواهی کالیبراسیون دستگاه قبل از شروع نمونه‌گیری توسط مهندس تجهیزات پزشکی داده شد. دستگاه مانیتورینگ این مرکز با یک آنالیز که توسط کارخانه سازنده تهیه شده توسط متخصصین این رشته استاندارد می‌گردید. برنامه‌های استاندارد سازی شامل تنظیم تصویری صوتی و کنترل سنسورهای حرارتی و فشاری می‌باشد.

در ابتدای پژوهش پس از کسب رضایت کتبی از بیماران، پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک تکمیل گردید. در گروه آزمون پژوهش گر پس از حضور بر بالین بیمار و توضیح روش پژوهش، از آنان درخواست می‌کرد که نام کسانی که با آن‌ها احساس راحتی بیش تری دارد و تمایل به حضور آنان در زمان ملاقات دارد را بیان کند. در ضمن پژوهش گر این نکته را متذکر می‌شد که به علت محدودیت ملاقات در بخش‌های ویژه حق انتخاب ۲ تا ۳ نفر وجود دارد. قبل از ملاقات برنامه‌ریزی شده ملاقات کنندگان که اکثراً اعضای درجه یک خانواده‌ها بودند در کلاس حضور پیدا می‌کردند و در مورد رعایت آداب ملاقات به آن‌ها آموزش‌هایی داده می‌شد. این آموزش‌ها به صورت چهره به چهره و در گروه‌های ۳ تا ۴ نفره و در کلاسی که از قبل در بیمارستان در نظر گرفته شده بود، انجام می‌شد. در این کلاس‌ها به همراهان آموزش داده می‌شد که بر اعصاب خود مسلط باشند، با چهره‌ای شاد بیمار را ملاقات کنند، بیمار را لمس کرده و با وی در مورد مسائل ناراحت کننده صحبت نکنند. در ضمن توصیه می‌شد همراهان برای بیمار گل و هدیه ببرند. هم چنین این اطلاعات به صورت کتبی در اختیار ملاقات کنندگان قرار می‌گرفت. سپس ملاقات کنندگان به مدت نیم ساعت با بیمار ملاقات می‌کردند و دیس ریتمی‌های قلبی در ۱۰ دقیقه قبل از شروع ملاقات، ۱۰

دقیقه پس از شروع ملاقات (حین ملاقات)، ۱۰ بعد از تمام ملاقات برای هر بیمار به صورت جداگانه بررسی و ثبت می‌شد. هم‌چنین گروه کنترل، طبق روتین بخش (ساعت ۱۵:۳۰ تا ۱۴:۳۰ عصر هر روز) ملاقات می‌شدند و در این مدت پژوهشگر در بخش حضور داشت و چک‌لیست‌های مربوط به دیس ریتمی‌های قلبی در طول ۱۰ دقیقه قبل از شروع ملاقات، ۱۰ دقیقه پس از شروع ملاقات (حین ملاقات) و در طول ۱۰ دقیقه بعد از تمام ملاقات برای هر بیمار ثبت می‌شد. از آمار توصیفی، تحلیلی (آزمون تی و آنالیز واریانس) و از آزمون‌های ناپارامتریک نظیر من‌ویتنی و فیشر برای تحلیل‌های آماری استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 18 استفاده شد. سطح معنی‌دار بودن ($p < 0/05$) در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

طبق نتایج به دست آمده اکثر نمونه‌های مورد بررسی در گروه سنی ۵۰ تا ۶۰ سال قرار داشتند. بیش‌ترین درصد نمونه‌های مورد بررسی ۲۴ نفر (۸۰ درصد) در گروه آزمون و ۲۶ نفر (۸۶ درصد) در گروه کنترل مرد بودند. اکثر نمونه‌های مورد بررسی از نظر تحصیلی بی‌سواد ۱۱ نفر (۳۶ درصد) در گروه آزمون و ۱۳ نفر (۴۳ درصد) در گروه کنترل و متاهل ۲۵ نفر (۸۳ درصد) در گروه آزمون و ۲۶ نفر (۸۶ درصد) در گروه کنترل بودند و اکثریت نمونه‌های مورد بررسی ۱۷ نفر (۵۶ درصد) در گروه آزمون و ۲۱ نفر (۷۰ درصد) در گروه کنترل سابقه بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی را نداشتند. آزمون دقیق فیشر مشخص کرد که گروه‌های مورد مطالعه از نظر نوع سکت قلبی، وضعیت تاهل، سابقه بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی، مدت زمان بستری، وضعیت فعالیت، سابقه بیماری‌های غیر قلبی و مصرف سیگار همگن هستند. برای بررسی وجود یا عدم وجود اختلاف معنی‌دار آماری بین میزان بروز دیس‌ریتمی‌های قلبی در قبل از ملاقات از آزمون کای دو استفاده شد. نتیجه آزمون

جدول شماره ۱: مقایسه دیس ریتمی های قلبی در گروه آزمون قبل، حین و بعد از ملاقات

منغیر	گروه آزمون		
	قبل از ملاقات تعداد (درصد)	حین ملاقات تعداد (درصد)	بعد از ملاقات تعداد (درصد)
تاکی کاردی-سینوسی			
عدم وجود	۲۸ (۹۳/۳)	۲۸ (۹۳/۳)	۲۹ (۹۶/۷)
ضربان بین ۱۱۰-۱۰۰ ضربه در دقیقه	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)
ضربان بالای ۱۱۰ ضربه در دقیقه	۰ (۰)	۱ (۳/۳)	۰ (۰)
برادی کاردی-سینوسی			
عدم وجود	۲۷ (۹۰/۲)	۲۶ (۸۶/۷)	۲۶ (۸۶/۷)
ضربان بین ۵۹-۵۰ ضربه در دقیقه	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	۳ (۱۰/۳)
ضربان کم تر از ۵۰ ضربه در دقیقه	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	۱ (۳/۳)
انقباض زودرس بطنی			
عدم وجود	۲۹ (۹۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	۲۹ (۹۶/۷)
بروز ۱-۳ عدد در دقیقه	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۰ (۰)
بروز ۴-۶ عدد در دقیقه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
بروز ۶ عدد به بالا	۰ (۰)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)
تاکی کاردی بطنی			
عدم وجود	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)
در صورت بروز به مدت ۲-۳ ثانیه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
در صورت بروزی به مدت بیش از ۳۰ ثانیه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
انقباض زودرس دهلیزی			
عدم وجود	۳۰ (۱۰۰/۰)	۲۸ (۹۳/۳)	۳۰ (۱۰۰/۰)
در صورت بروز	۰ (۰)	۲ (۶/۷)	۰ (۰)
در صورت تبدیل این ریتم به تاکی کاردی حمله ای گری	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)

جدول شماره ۲: مقایسه دیس ریتمی های قلبی در گروه کنترل قبل، حین و بعد از ملاقات

منغیر	گروه آزمون		
	قبل از ملاقات تعداد (درصد)	حین ملاقات تعداد (درصد)	بعد از ملاقات تعداد (درصد)
تاکی کاردی-سینوسی			
عدم وجود	۲۶ (۸۶/۷)	۲۰ (۶۶/۷)	۲۶ (۸۶/۷)
ضربان بین ۱۱۰-۱۰۰ ضربه در دقیقه	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	۲ (۶/۷)
ضربان بالای ۱۱۰ ضربه در دقیقه	۰ (۰)	۵ (۱۶/۷)	۲ (۶/۷)
برادی کاردی-سینوسی			
عدم وجود	۳۰ (۱۰۰/۰)	۲۹ (۹۶/۷)	۲۹ (۹۶/۷)
ضربان بین ۵۹-۵۰ ضربه در دقیقه	۰ (۰)	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)
ضربان کم تر از ۵۰ ضربه در دقیقه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
انقباض زودرس بطنی			
عدم وجود	۲۹ (۹۶/۷)	۲۸ (۹۳/۳)	۲۹ (۹۶/۷)
بروز ۱-۳ عدد در دقیقه	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	۰ (۰)
بروز ۴-۶ عدد در دقیقه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
بروز ۶ عدد به بالا	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۳/۳)
تاکی کاردی بطنی			
عدم وجود	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)	۳۰ (۱۰۰/۰)
در صورت بروز به مدت ۲-۳ ثانیه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
در صورت بروزی به مدت بیش از ۳۰ ثانیه	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
انقباض زودرس دهلیزی			
عدم وجود	۲۹ (۹۶/۷)	۲۵ (۸۳/۳)	۲۹ (۹۶/۷)
در صورت بروز	۱ (۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	۱ (۳/۳)
در صورت تبدیل این ریتم به تاکی کاردی حمله ای گری	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)

نشان داد که اختلاف معنی داری بین بروز تعداد دیس ریتمی قبل از ملاقات در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشته است یعنی دو گروه از نظر میزان بروز دیس ریتمی ها قبل از ملاقات همگن بودند. در حین ملاقات در گروه آزمون میزان بروز تاکی کاردی سینوسی ۶/۷ درصد، برادی کاردی سینوسی ۱۳/۳ درصد، انقباض زودرس دهلیزی ۶/۷ درصد و انقباض زودرس بطنی ۶/۷ درصد بود و در گروه کنترل، در حین ملاقات، میزان بروز تاکی کاردی سینوسی ۳۴/۳ درصد، برادی کاردی سینوسی ۳/۳ درصد، انقباض زودرس دهلیزی ۱۶/۷ درصد و انقباض زودرس بطنی ۱۶/۷ درصد بود. تاکی کاردی بطنی هم در هیچ کدام از گروه ها بروز نکرد.

یافته های مطالعه نشانگر آن است که توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب انقباض زودرس دهلیزی در دو گروه آزمون و کنترل در حین ملاقات در ۶/۷ درصد افراد در گروه آزمون و ۱۶/۳۷ درصد در گروه کنترل بروز کرده است. آزمون آماری فریدمن برای گروه آزمون در قبل، حین و بعد از ملاقات اختلاف آماری معنی داری نشان نداد ($p=0/135$) ولی در گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/018$). بر حسب بروز برادی کاردی سینوسی قبل، حین و بعد از ملاقات در گروه آزمون، با استفاده از آزمون فریدمن اختلاف آماری معنی داری در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت ($p>0/05$) (جدول شماره ۱ و ۲).

بحث

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که ملاقات برنامه ریزی شده بر میزان بروز دیس ریتمی های قلبی موثر بوده است. به طوری که ملاقات برنامه ریزی شده بر میزان بروز تاکی کاردی سینوسی موثر بوده و توانسته مانع بروز تاکی کاردی در حین ملاقات شود. داده ها نشان دادند که انقباض زودرس بطنی در مراحل

۱۰ دقیقه قبل از ملاقات، ۱۰ دقیقه بعد از شروع ملاقات (حین ملاقات) و ۱۰ دقیقه بعد از اتمام ملاقات در گروه آزمون اختلاف آماری معنی داری نداشتند. ولی این اختلاف در گروه کنترل معنادار بوده است. در مطالعه Kleman و همکاران انقباضات زودرس بطنی و تغییرات قطعه‌ی ST قبل، حین و بعد از ملاقات سنجیده شد. یافته‌های این مطالعه نیز نشان داد که بین متغیرها در قبل، حین و بعد از ملاقات تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (۱۱). در پژوهش اردلان و همکاران نیز مشخص شد که در تعداد بروز انقباضات بطنی تفاوت معنی داری قبل، حین و بعد از ملاقات وجود ندارد (۱۲). هم چنین در این رابطه مطالعه اشرف پور نشان داد که تعداد انقباضات زودرس بطنی در مدت ملاقات افزایش می‌یابد ولی در دوره بعد از خاتمه ملاقات به حالت طبیعی بر می‌گردد (۱۳). هم چنین یافته‌ها نشان دادند که ملاقات برنامه ریزی شده می‌تواند باعث کاهش بروز انقباض زودرس دهلیزی شود. مطالعه Schulte و همکاران نیز با عنوان مقایسه عملکرد قلبی در ملاقات محدود با آزاد نشان داد که میزان انقباضات زودرس دهلیزی در ملاقات محدود بیش تر از ملاقات آزاد است. ولی در مورد برادی کاردی سینوسی در هر دو گروه آزمون و کنترل در قبل، حین و بعد از ملاقات آمارها اختلاف معناداری را نشان ندادند (۱۴). هم چنین تاکی کاردی بطنی در هیچ یک از زمان‌های بررسی شده در دو گروه بروز نکرد. در مطالعه Fumagalli و همکاران دیس ریتمی‌های قلبی (تاکی کاردی بطنی، فیبریلاسیون بطنی، بلوک گره AV و آسیستولی) به عنوان شاخص های عوارض قلبی - عروقی سنجیده شدند. تمام عوارض قلبی - عروقی مهم، در گروه خط مشی ملاقات محدود بیش تر از ملاقات آزاد بود و نتایج آماری نشان دادند که عوارض قلبی عروقی مهم در خط مشی ملاقات محدود دو برابر گروه دیگر است (۱۵). در مطالعه

Martia و همکاران گزارش شده است که ده دقیقه اول ملاقات، انقباضات زودرس بطنی صورت می‌گیرد که پس از ۲۰ دقیقه به حالت عادی برگشت می‌کند، بر اثر طولانی شدن ملاقات ضربان قلب کاهش می‌یابد. محدود کردن ملاقات به زمانی کوتاه و اعلام پایان وقت ملاقات قبل از موقع دلخواه بیمار نیز اثرات منفی و زیان‌آور دارد و در این مطالعه مشخص گردید که ۵۰ درصد بیماران در بخش مراقبت ویژه تمایل به ملاقات مجدد با خانواده داشته‌اند و اکثراً ملاقات را مفید دانسته و معتقدند که ملاقات آن‌ها را به خانواده‌شان پیوند می‌زند (۱۶). محدودیت های پژوهش عبارت بودند از عدم امکان کنترل محتوای صحبت ملاقات کنندگان با بیماران، عدم امکان کنترل سر و صدای بخش در ساعت ملاقات، حضور پژوهشگر بر بالین بیمار در زمان بررسی شاخص‌های فیزیولوژیک، خوردن و آشامیدن بیماران در زمان ملاقات، شرایط فیزیکی بخش و تحت تاثیر قرار گرفتن بیمار توسط ملاقات کنندگان دیگر بیماران بود.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که از نتایج این پژوهش می‌توان برای اتخاذ خط مشی مناسب ملاقات در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی استفاده کرد تا بتوان یک محیط درمانی که در آن واکنش‌های روانی و فیزیولوژیک نامطلوب بیماران به حداقل برسد، فراهم کرد و محیطی ایجاد کرد که در آن تنش‌های روانی و اضطراب بیماران به حداقل برسد تا عوارض قلبی - عروقی نیز در آن به حداقل کاهش یافته و سطح سلامت و رضایت بیماران افزایش یابد.

سپاسگزاری

از کلیه بیماران شرکت کننده در این تحقیق، پرسنل زحمت کش CCU و کلیه همکارانی که در تهیه این مقاله شرکت داشته‌اند کمال تشکر را دارم.

References

1. Abolhassani SH, Khalifeh zadeh A, Zarkeshan R, Hashemi AM. Comparison of the effect of back massage and sound replacement on chest pain in patients hospitalized in coronary care unit. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2009; 10(4): 72-76 (Persian).
2. American Heart Association. International Cardiovascular Disease Statistics, Cardiovascular Disease. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/international_cardiovascular_disease_statistics.pdf. Accessed July 10, 2010.
3. Yeganeh khah MR, Abedini A, Akbari H, Ziyayi Nezhad MT. Comparison of Different Methods of Education on Reducing the Anxiety of Patients with Myocardial Infarction. *IJN* 2012; 24(74): 36-44 (Persian).
4. De Jesus NM, Wang L, Herren AW, Wang J, Shenasa F, Bers DM, et al. Atherosclerosis exacerbates arrhythmia following myocardial infarction: Role of myocardial inflammation. *Heart Rhythm* 2015; 12(1): 169-178.
5. Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nurs Res* 2006; 55(1): 26-33.
6. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006; 11(1): 33-41.
7. Lolaty HA, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Golzarodi T, Charati JY. The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. *Complement Ther Clin Pract* 2014; 20(3): 147-151.
8. Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *Am J Crit Care* 2004; 13(3): 194-198.
9. Ghiyasvandian S, Abbaszadeh A, Ghojzadeh M, Sheikhalipour Z. The Personal Social Factors of Nurses Beliefs about Open Visiting in ICU of Sina-Tabriz Hospital: Based on Reasoned-Action Theory of Ajzen-Fishbein. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2010; 32(3): 50-79 (Persian).
10. Livesay S, Gilliam A, Mokracek M, Sebastian S, Hickey JV. Nurses' perceptions of open visiting hours in neuroscience intensive care unit. *J Nurs Care Qual* 2005; 20(2): 182-189.
11. Kleman M, Bickert A, Karpinski A, Wantz D, Jacobsen B, Lowery B, et al. Physiologic responses of coronary care patients to visiting. *J Cardiovasc Nurs* 1993; 7(3): 52-62.
12. Msnaseki P. Effects of visiting on physiologic parameters in coronary care unit patients in Tohid hospital Sannandaj 1996-1997. *Journal of Kurdistan Medical University* 1998; 2(8): 18-23 (Persian).
13. Ashrafpour M. Cardiovascular responses to visiting in coronary care unit patients in Tehran hospitals. Thesis for MS degree in Nursing Education. (1995). (Persian).
14. Schulte DA, Burrell LO, Gueldner SH, Bramlett MH, Fuszard B, Stone SK, et al. Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary care unit. *Am J Crit Care* 1993; 2(2): 134-136.
15. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications

with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006; 113(7): 946-952.

16. Titler MG, Walsh SM. Visiting critically ill adults: strategies for practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1992; 4(4): 623-632.